Ein casuistischer Beitrag

zur

Chirurgie der Gallenwege.

Inaugural-Dissertation

welche

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

mit Zustimmung

der medicinischen Facultät

der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

am 11. August 1893

nebst den angefügten Thesen

öffentlich vertheidigen wird

der Verfasser

Alfred A. Sander

aus San Francisco, Californien.

Opponenten:

Dr. med. Emil Lewinsohn.
Dr. med. Max Gottberg.
Dr. med. Leopold Danielius.

Berlin 1893.

Gedruckt bei L. Schumacher.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535707_0033

Noch vor kurzer Zeit waren die Krankheiten der Gallenwege fast die ausschliessliche Domaine der inneren Medizin. Jetzt wird in vielen Fällen operativ vorgegangen, wo innere Mittel versagen.

Dass Koliken, welche weder durch Medikamente, noch durch Kuren in Bädern gelindert werden konnten; dass ein lange Zeit bestehender Icterus, welcher die Kranken auf das äusserste heruntergebracht hat, und sie mit Intoxication durch die Gallenbestandtheile bedroht, durch einen blutigen Eingriff schnell und sicher beseitigt werden kann: das verdanken wir der mächtigen Entwicklung, welche die Chirurgie der Gallenwege in den letzten zwei Decennien dieses Jahrhunderts genommen hat.

Man hat zwar schon früher bei Kranken, welche an Gallensteinen litten, durch chirurgische Eingriffe Hilfe zu leisten gesucht; wer sich für die Geschichte der Gallenchirurgie interessirt, der findet in den sorgfältigen Arbeiten von Witzel [1]) und Roth [2]) über diese ersten Operationen ausführliche Angaben. Aber vor dem Erscheinen der epochemachenden Arbeit von J. L. Petit dankte man es nur einem Zufall, wenn man bei der Eröffnung eines Abscesses, welcher der Oberfläche sehr nahe gekommen war, oder beim Eingehen in eine Fistel Steine oder Galle entleerte.

J. L. Petit [3]) gebührt das Verdienst zuerst planmässig die Gallenblase eröffnet zu haben, um ihren Inhalt zu entleeren und Steine zu entfernen. Aber er operirte

nur in denjenigen Fällen, wo er sicher nachweisen konnte, dass die Gallenblase mit der Bauchwand fest verwachsen war. Er warnt ausdrücklich davor, dass man nicht operiren solle in denjenigen Fällen, wo man eine Verwachsung der Blase mit der Bauchwand noch nicht ganz sicher nachweisen könne. Seine Worte sind: »L'ouverture de la vésicule du fiel sans adhérence est toujours une maladie mortelle.«

Einen Schritt weiter vorwärts that Bloch [4]) im Jahre 1774. Er suchte die Adhäsionen in denjenigen Fällen, wo sie noch nicht vorhanden waren, durch äusserlich wirkende Mittel, welche Entzündung der Haut hervorriefen, durch Zwiebel, Meerettig, Canthariden etc. zu erzeugen.

Zwar schlugen schon Herlin [5]), L'anglais und Duchainois im Jahre 1767 vor, dass, wo man den Gallensteinkranken durch innerliche Mittel keine Hilfe bringen könne, man operativ vorgehen solle; und zwar solle man sich mit chirurgischen Eingriffen nicht nur auf diejenigen Fälle beschränken, wo der eitrige Inhalt der Gallenblase beginne bereits durchzubrechen, sondern solle auch in denjenigen Fällen, wo die Gallenblase mit den Bauchdecken noch nicht verwachsen sei, die Bauchhöhle eröffnen, den Ductus cysticus unterbinden, und die Gallenblase exstirpiren. Aber umsonst bemüht sich besonders der Erstere in Hinweis auf seine Thierexperimente, die Chirurgen zu ermuthigen; seine Aufforderung blieb unbeachtet, seine Untersuchungen fielen unverdienter Vergessenheit anheim, aus der sie erst Roth wieder hervorgezogen hat.

Bekannter wurden die ähnlichen Versuche von Campaignac [6]); aber einen Einfluss auf das Vorgehen der Chirurgen hatten sie ebenfalls nicht.

Ich übergehe kurz die Versuche, die man in der folgenden Zeit gemacht hat, durch Caustica die Bauchwand zu durchtrennen, und Verlöthungen mit der Gallenblase zu erzeugen. Man brachte die Aetzmittel entweder auf

die intacte Haut, oder durchtrennte vorher die oberflächlichen Schichten der Bauchwand. Courvoisier bemerkt zu diesen Versuchen höhnisch, und zwar mit Recht: sie seien weniger hervorgerufen durch die Messerscheu der Patienten als durch die Furcht der Chirurgen, bei der Incision der Gallenblase die Bauchhöhle zu eröffnen.

Carré [7]) nahm den Vorschlag von Herlin wieder auf, die Gallenblase beim Menschen auch in denjenigen Fällen zu eröffnen, wo sie mit der Bauchwand nicht verwachsen war. Wenn die Gallenblase mit der Serosa parietalis verwachsen sei, dann solle man sie sofort öffnen; wenn nicht, so solle man die Wunde verbinden und einige Tage mit der Eröffnung der Gallenblase warten, bis sie mit der Bauchwand fest verwachsen sei. Von der eröffneten Gallenblase aus könne man dann Gallensteine extrahiren und die Gallengänge sondiren. Er sagt: „La crainte d'intéresser le peritoine pouvait arrêter les anciens chirurgiens; mais aujourd'hui qu'on l'incise souvent avec succès il nous est permis de ne plus être aussi timide."

26 Jahre später machte Thudichum [8]) einen ähnlichen Vorschlag; aber es vergingen weitere 8 Jahre bis Bobbs [9]) in Indianapolis die erste Cholecystostomie im modernen Sinne ausgeführt, und zwar mit glücklichem Erfolge. Ein zweiter Zeitraum von 11 Jahren verging; und nun nahm die Chirurgie der Gallenblsase den raschen Aufschwung, den sie in dieser kurzen Zeit genommen hat. Blodget[10]), der die Reihe eröffnete, verlor zwar seine Patientin; aber mehr Glück hatten seine Nachfolger. Die Technik der Operationen an den Gallenwegen ist immer mehr vervollkommnet worden. Sie sind heutzutage wenig gefährlich, wenn sie nach sorgfältiger Untersuchung und mit der nöthigen Umsicht und Beachtung derjenigen Vorsichtsmassregeln ausgeführt werden, welche uns die moderne Wundbehandlung bietet. In einer vor Kurzem erschienenen Arbeit sagt Czerny[11]): „Wir seien zwar noch ziem-

lich weit entfernt von der Riedel'schen Forderung, dass eigentlich niemand an einer Gallensteinoperation sterben dürfe," aber er schliesst mit den Worten: „Die Lebensgefahr bei Gallenstein- resp. Gallenblasenoperationen wird voraussichtlich geringer sein als bei den Operationen der Harnblasensteine."

Bei den Gallenkranken, bei denen eine Operation in Frage kommt, haben wir, wie Czerny treffend angiebt, zu unterscheiden, zwischen denen die icterisch sind und zwischen denen, die nicht icterisch sind.

Bei den Kranken der letzteren Gruppe, also bei denen, die nicht icterisch sind, ist der Abfluss der Galle in das Duodenum nicht gehindert, der Ductus choledochus durchgängig. Die Erkrankung betrifft fast immer nur die Gallenblase und den Ductus cysticus. In seltenen Fällen kann ein Stein im Ductus hepaticus oder choledochus eingekeilt sein, und trotzdem kann die Galle ungehindert neben dem Stein vorbeifliessen, entweder weil der Stein eine Rinne hat (Courvoisier P. 48, Fall 505; P. 44, Fall 444; Fall 491, 507, 518; P. 45, Fall 530, 16, 43), oder weil der Gallengang an der Stelle erweitert ist, wo der Stein festsitzt. Doch das sind Ausnahmefälle. Gewöhnlich wird es sich um Steine in der Gallenblase oder im Ductus cysticus handeln; oft um beides zugleich.

Die Cholelithiasis an sich berechtigt aber noch nicht zu einer Operation. Es giebt Menschen, bei denen man durch die Bauchdecken hindurchfühlt, dass die Gallenblase beträchtlich ausgedehnt und mit Steinen gefüllt ist. Aber die Kranken werden durch ihre Gallensteine wenig oder gar nicht belästigt. Andere, welche Beschwerdeu haben, finden gegen ihr Leiden Linderung durch innere Medicamente, durch Oel, Chloroform, Durand'sche Lösung, durch Gebrauch von Brunnenkuren etc. Alle diese Kranken sind wir nicht berechtigt zur Operation zu bewegen. Wenn

aber sich ernste Erscheinungen hinzugesellen; wenn es zu übermässiger Ausdehnung der Blase kommt (Courvoisier berichtet auf Seite 23, dass sie 14 Mal eine faustgrosse und 7 Mal eine kindskopfgrosse Geschwulst bildete; Th. Bonnet berichtet, dass er bei einem Kaiserschnitt die Gallenblase so gross gefunden habe, dass seine Assistenten an ein zweites Kind glaubten); wenn der Kranke in Folge häufiger Koliken immer elender wird und die inneren Mittel versagen; wenn er gar anfängt zu fiebern und die Temperatur immer höher wird; wenn die Erscheinungen eines Empyems der Gallenblase auftreten oder gar peritonitische Reizerscheinungen in der Umgebung der Gallenblase sich zeigen, dann werden wir mit dem chirurgischen Eingriff nicht zögern, auch wenn jede Spur von Icterus fehlt.

Wie wir in jedem Falle operiren sollen, darüber gehen die Ansichten auseinander. Es wird heutzutage keinem Chirurgen mehr einfallen, künstliche Verwachsungen zwischen Gallenwegen und Bauchwand durch Caustica zu erzeugen oder wie es von Trousseau (Med. Klinik 1868, Bd. 3, P. 190) vorgeschlagen ist, 30—40 Stecknadeln durch die Bauchwand in die Gallenblase einzustechen, sie 3—4 Tage liegen zu lassen und diese Procedur in kleinen Abständen nach einigen Tagen zu wiederholen; eventuell ein drittes Mal. Gleichwohl ob Verwachsungen zwischen Serosa parietalis vorhanden sind oder nicht, wird die Bauchwand mit dem Messer durchtrennt. Man macht entweder einen senkrechten Schnitt am lateralen Rande des rechten Rectus abdominis, oder schneidet parallel der unteren Lebergrenze und zwar etwas oberhalb derselben ein.

Die einen wollen nun erst warten bis Verwachsungen zwischen Bauchwand und Gallenblase sich gebildet haben, und dann erst die Gallenblase eröffnen, zum Beispiel Riedel[12]) und Bardenheuer[13]). Die anderen wollen sofort die Gallenblase einschneiden. Die zweizeitige Er-

öffnung der Gallenblase ist sicher gefahrloser, wie die einzeitige. Aber mit dem Eröffnen der Gallenblase haben wir erst den kleinsten Theil unserer Aufgabe gelöst. Wir wollen, wenn der flüssige Inhalt der Gallenblase entleert ist, möglichst alle Concremente aus derselben entfernen; wir müssen uns ferner überzeugen, ob Concremente im Ductus cysticus, vielleicht sogar in dem Hepaticus und Choledochus sitzen. Machen wir die einzeitige Operation, dann können wir von aussen sowohl als von innen die Gallenblase und einen grossen Theil der Gallenwege bequem abtasten. Wir haben freien Zugang zu der Gegend der Leberpforte; wir können Concremente aus dem Cysticus in die Blase zurückschieben, sie im Cysticus selbst zerkleinern, nöthigenfalls sogar direkt auf einen Stein in den Gallengängen einschneiden und die Wunde in den Gallengängen durch die Naht schliessen. Aller dieser Vortheile berauben wir uns, wenn wir zweizeitig operiren; denn dann können wir nur vom Inneren der Gallenblase aus tasten.

Gewiss kann es bei reichlicher Uebung gelingen, selbst auch auf diesem Wege, aus der Tiefe noch Concremente herauszuholen; aber die Untersuchung wird eine viel ungenauere sein. Es kann sehr schwer sein, vom Innern einer steinkranken Gallenblase aus die Gallenwege zu sondiren, denn die Cholelithiasis ruft mancherlei Veränderungen an der Gallenblase und an den Gallengängen hervor, die das Vorschieben der Sonde in den Cholodochus unmöglich machen können (Courvoisier P. 304). Der Ductus cysticus kann beträchtlich erweitert sein; die Gallenblase kann geschrumpft, kann durch Narbenringe in mehrere Hohlräume getheilt sein (Courvoisier P. 15). Es kann zur Divertikelbildung an Gallenblase und an Gallengängen kommen (Courvoisier P. 47 und P. 12). Ein Stein kann in einem Divertikel der Gallenbehälter liegen, welches nur noch durch einen engen Gang mit den Gallenwegen

selbst communicirt. Wenn derartige Veränderungen vorliegen, dann kann man es nur einem glücklichen Zufall zuschreiben, wenn einmal die Sonde in den normalen Gallengängen fortgleitet und sich nicht in einem Hohlraum verfängt (Courvoisier P. 275).

Nach diesen Erwägungen glaube ich, dürfte die zweizeitige Operation nur noch Berechtigung haben in denjenigen Fällen, wo man fürchtet, dass der Inhalt der Gallenblase Eiter oder Jauche sei und dass er bei seiner Entleerung durch Einfliessen in die Bauchhöhle Peritonitis hervorrufen könne. Aber selbst in diesen Fällen müsste man so oft als möglich noch versuchen, von der zweizeitigen Operation Abstand zu nehmen, da ja die Diagnose bei der zweizeitigen Operation so viel unvollkommener ist wie bei der einzeitigen.

Wenn wir Eiter in der Gallenblase vermuthen, dann können wir die Gallenblase vorher punktiren; und falls es sich herausstellt, dass der Inhalt Eiter ist, uns vor dem Einfliessen von Jauche in die Bauchhöhle dadurch schützen, dass wir die Stelle die wir sichern wollen, vorher möglichst aus der Bauchwunde hervorziehen, mit Jodoform ganz umpolstern, und nach der Eröffnung den Inhalt sorgfältig mit Lösungen von Salicylsäure, Borsäure oder sterilisirter Kochsalzlösung ausspülen. In diesen Fällen wird die Hautwunde mit Peritoneum umsäumt, und die Ränder der Gallenwunde werden in die Hautwunde eingenäht. Es wird also eine Gallenfistel angelegt; es wird die Cholecystostomie gemacht.

Ist der Inhalt der Gallenblase ein weniger differenter, dann haben viele die Wunde der Gallenblase sofort wieder mit Lembert'scher Nath geschlossen (Cholecystendyse nach Courvoisier). Andere haben zwar die Wunde der Gallenblase vernäht, aber die Nahtstelle an der Bauchdeckenwunde befestigt, und die Bauchdeckenwunde nicht ganz geschlossen (Courvoisier P. 330). Im ersteren Falle wird die

Gallenblase nach Anlegung der Lembert'schen Naht einfach versenkt und die Bauchwunde geschlossen.

Es giebt aber auch Vertreter der Ansicht, dass selbst bei eitrigem Inhalte der Gallenblase, nach dem Einschnitte der Wunde, die Gallenblase zugenäht und versenkt werden kann, wenn die Wandungen der Gallenblase selbst keine schweren Veränderungen zeigen. Nach dieser Ansicht müsste man nur die Gallenblase sorgfältig ausspülen, bevor man die Wunde zunäht.

Von der Ansicht ausgehend, dass alle Gallensteine sich nur in der Gallenblase bildeten und dass die Steinbildung nur mit Sicherheit dann aufhöre, wenn die Gallenblase selbst entfernt, hat Langenbuch[14]) das ausgeführt, was schon Herlin vorgeschlagen hatte, nämlich die Gallenblase exstirpirt (Courv. 313, 317). Die Operation ist nicht schwer auszuführen, wenn peritonitische Verwachsungen in der Gegend der Gallenblase fehlen. Einige haben zuerst den Ductus cysticus doppelt unterbunden, zwischen beiden Ligaturen durchgeschnitten und dann die Gallenblase von ihrem hinteren Ende aus entfernt. Andere beginnen die Loslösung der Gallenblase von ihrem Fundus aus. Sehr leicht kann die Exstirpation der Gallenblase sein, wenn sie durch ein Mesenterium mit der Leber verbunden ist, wie es in seltenen Fällen vorkommt. (Courvoisier P. 149).

Dass der Ausfall der Gallenblase an sich für die Verwerthung der Galle nicht von grosser Bedeutung ist, darüber herrscht kaum eine Meinungsverschiedenheit. Aber man hat eingewendet, dass die Gallenblase zwar gewöhnlich der Ort der Steinbildung sei, dass aber nach Ausfall der Gallenblase der Ductus cysticus und hepaticus sich erweitern können, und dass es dann zu der viel gefährlicheren Concrementbildung im hepaticus und choledochus kommen könne. Man hat sich dabei auf Befunde berufen von Fällen, wo die Gallenblase selbst verödet war, und

mächtige Erweiterungen der Gallenwege sich gebildet hatten, (Courvoisier P. 56.) zum Theil mit Concrementbildungen. Deshalb haben einige Chirurgen die Exstirpation der Gallenblase verurtheilt, am schroffsten Lawson Tait[15]) während sie in Anderen wie Courvoisier warme Verehrer gefunden hat.

Wenn bei einem Kranken der Icterus sich durch innerliche Behandlung nicht zurückbildet, wenn bei ihm die Hautfarbe und der Harn andauernd dunkel, die Stühle lehmfarben bleiben, dann genügen wir der Indicatio vitalis, wenn wir zunächst nur der Galle Abfluss aus dem Körper verschaffen. Man soll nicht allzulange mit dieser Operation warten, sonst treten die Erscheinungen der Gallenintoxication auf; es kommt zu schweren Störungen seitens des Nervensystems oder zu parenchymatösen Blutungen und dann ist die Zeit für einen operativen Eingriff oft zu spät. Besonders die parenchymatösen Blutungen sind eine crux der Chirurgen. Czerny (l. c.) berichtet z. B., dass er einen seiner Patienten, bei dem sich haemorrhagische Diathese durch Gallenintoxication entwickelt hatte, durch Nachblutung am 13. Tag nach der Operation verloren hat. Handelt es sich um hepatogenen Icterus, so muss das Hinderniss für den Abfluss der Galle im hepaticus oder choledochus sitzen.

Bisweilen ist man sich über die Ursache des Verschlusses bald klar. Man fühlt einen derben knolligen Tumor in der Gegend der Leberpforte, der sich allmälig entwickelt hat; der Patient ist fieberfrei, er ist im Laufe von Monaten immer elender geworden. Da handelt es sich, wenn Patient in mittleren Jahren steht, um eine bösartige Neubildung, die Lebensdauer des Kranken ist eine beschränkte und man wird, wenn die Stauungen der Galle dem Kranken nicht sehr beträchtliche Beschwerden machen, den Eingriff unterlassen. Die Kran-

ken um die es sich handelt, stehen, wie ich bereits hervorhob, meist in mittleren Jahren; aber nicht immer. In einem Falle sah ich ein typisches Carcinom der Leber, bei einem 18jährigen jungen Mädchen sich entwickeln und Hansemann[16]) hat in der Med. Klin. Wochenschrift gezeigt, dass derartige Beobachtungen schon öfter gemacht sind.

Man denke aber, ehe man die Diagnose auf maligne Neubildung stellt, an eine Quelle des Irrthums. Es kann vorkommen, dass wir eine Geschwulst in der Gegend der Leberpforte fühlen; anscheinend hat sie sich allmälig entwickelt, wenigstens weiss der Patient über die Entstehung der Geschwulstuns keine näheren Angaben zu machen, und doch kann die Geschwulst ein einfacher Schnürlappen der Leber sein.

Andererseits kann die Passage der Gallengänge durch eine bösartige Neubildung behindert sein und trotzdem ist kein Tumor durchzufühlen. Es kann ein Carcinom in der pars decendens duodeni sich entwickelt haben, welche die Einmündungsstelle des Ductus choledochus, des diverticutum vateri comprimirt; ein Carcinom des Pylorus, des Pancreaskopfes, kann die Gallengänge umwachsen oder selbst durchwachsen und doch ist nichts durchzufühlen.

Fühlen wir keinen Tumor durch, dann können wir über das Hinderniss für den Gallenabfluss nur durch die Laparotomie Aufklärung gewinnen, wenn wir nicht die für einen Eingriff günstige Zeit unbenutzt verstreichen lassen wollen.

Ist die Bauchhöhle eröffnet, dann suchen wir zunächst Klarheit über die Veränderungen, welche vorlagen, zu gewinnen. Manchmal genügt der senkrechte Schnitt am äusseren Rande des äusseren rechten Rectus abdominis, oder der Schnitt parallel dem vorderen Leberrande. Sobald man aber Schwierigkeiten vermuthet, Verwachsungen in der Gegend der Leberpforte, peritonitische Schwielen, dann ist es gerathen, einen Schnitt in der Mittellinie

vom Processus xiphoideus bis unterhalb des Nabels zu machen, und von diesem senkrechten Schnitte aus einen wagerechten Schnitt nach rechts hin zu führen entweder unterhalb oder oberhalb des Nabels. Die Arteria epigastrica dextra wird durchschnitten, und muss vor der Durchschneidung doppelt unterbunden werden. Klappt man die Wundränder auseinander, lässt man die Leber nach oben, Pylorus und Duodenum nach unten ziehen, dann kann man das Operationsgebiet bequem übersehen, und behält Platz für etwaige Eingriffe. Sitzt ein Stein im Ductus choledochus, so kann man, wenn er sehr weich ist, versuchen ihn im Ductus choledochus selbst zu zerdrücken; oder man schneidet ihn aus dem Ductus choledochus heraus, und schliesst die Wunde des Gallenganges durch die Nath. Fühlt man gleichzeitig Steinbildung in der Blase, so kann man die Blase eröffnen, von der Blase aus die Steine extrahiren, und dann die Gallenblase durch die Nath wieder schliessen. Einige exstirpiren auch in diesen Fällen die Gallenblase. Schwieriger ist es Hülfe zu schaffen, wenn der Hepaticus verstopft ist. Man hat freilich auch in diesen verzweifelten Fällen mit Geschick die Schwierigkeiten vermeiden können (Courvoisier P. 283).

Ich möchte aber nochmals betonen, dass man in diesen Fällen nicht die zweizeitige, sondern die einzeitige Eröffnung der Gallenblase macht. Die grössere Sicherheit, welche uns in Betreff der Diagnose die einzeitige Cholecystostomie gewährt, sollte uns immer veranlassen, sie zu bevorzugen, auch wenn sie etwas gefährlicher wie die zweizeitige ist.

Finden wir einen Stein im Choledochus und können ihn extrahiren, so ist der Kranke von seinen Beschwerden befreit. Aber nicht immer liegen die Verhältnisse so günstig. Wir eröffnen z. B. die Bauchhöhle und finden zwar Steine in der Gallenblase; aber wir können in dem schwartigen Gewebe des Omentum minus keine Steine

durchfühlen und sondiren können wir die Gallengänge auch nicht, aus den Gründen, welche ich bereits früher entwickelt habe. Was sollen wir jetzt thun? Zwei Möglickeiten sind zunächst zu unterscheiden, wir haben die Gallenblase eröffnet; auch das kann schon seine Schwierigkeiten haben. In Folge von Cholelithiasis kann die Gallenblase schrumpfen bis auf einen winzigen Rest und diesen winzigen Rest herauszupräpariren in dem Schwielengewebe kann unmöglich werden. Aber angenommen, wir haben die Gallenblase gefunden und haben sie eröffnet: Wir entleeren aus ihr entweder Galle oder nur Schleim oder Eiter. Entleeren wir Galle, dann machen wir folgenden Schluss: Der Ductus choledochus ist verschlossen, aber der Weg von Hepaticus zu der Gallenblase muss offen sein. Wenn wir nun eine Gallenfistel anlegen, dann ist zunächst das Eine erreicht: Der Kranke ist von der schädlichen Einwirkung der Gallenbestandtheile geschützt. Freilich geht dann die für die Verdauung so wichtige Galle für den Organismus verloren, und das ist doppelt unangenehm, wenn es sich um einen sehr heruntergekommenen Patienten handelt, dessen Kräfte wir durch sehr sorgfältige Ernährung heben müssen.

Ein überaus glücklicher Gedanke von Winiwarter[17]) gestattet uns fast normale Verhältnisse wieder herzustellen. Wir legen eine Gallenblasendünndarmfistel an; wir machen die Cholecystenterostomie.

Es bleiben uns schliesslich noch die Fälle, wo der Kranke icterisch ist, wo also der Choledochus verschlossen ist, trotzdem entleeren wir bei der Incision der Gallenblase nicht Galle, sondern Eiter oder Schleim. In diesen Fällen bleibt uns weiter nichts übrig, als zunächst die Cholecystostomie zu machen; wir haben dann freilich das unbehagliche Gefühl, dass wir durch unseren Eingriff doch nicht alles das erreicht haben, was wir beabsichtigten. Dass aber dennoch durch Anlegung eines solchen Gallenfistel, die Ab-

flussverhältnisse in den Gallenwegen in überraschender Weise verändert, dass ein jahrelang bestehender Icterus gehoben, und Kranke die bereits einem qualvollen Tode geweiht schienen, von ihrem Icterus und ihren Schmerzen durch die Operation befreit und durch den Eingriff wieder ihre volle Gesundheit erlangen können, das beweist die Krankengeschichte des nachfolgenden Falles, welcher mir Herr Dr. Levy zur Veröffentlichung gütigst überlassen hat.

Frau Sch., geboren 21. April 1842, war bis zum Jahre 1878 stets gesund. Die Menstruation trat im 17. Jahre ein, war immer sehr schmerzhaft, dauerte 3—4 Tage und war reichlich. Die Schmerzen hörten seit der Verheirathung auf. Verheirathet ist sie seit 1868, hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 9 Jahren. Die Geburten waren normal; nie traten Störungen im Wochenbette auf. Als sie im 5. Schwangerschaftsmonat war (August 1878), bekam sie plötzlich heftige Schmerzen in der Lebergegend, die 8 Tage lang anhielten Die Lebergegend soll auf Druck sehr empfindlich gewesen sein; Besserung trat angeblich nach 20 blutigen Schröpfköpfen in der Lebergegend ein. Gelb ist Patientin nicht geworden. Die Anfälle wiederholten sich bis December noch 3 Mal, traten jedes Mal plötzlich auf, dauerten aber nur 3—4 Tage an und waren nicht so schmerzhaft wie der erste, angeblich, weil immer gleich am ersten Tage blutige Schröpfköpfe gesetzt wurden. Auch diese Anfälle verliefen ohne Icterus. Seitdem hat Patientin im Frühjahre jedes Jahres, 8 Jahre lang, 30 Flaschen Karlsbader Mühlbrunnen getrunken. Sie war die ersten 3 Jahre ohne Beschwerden. In den nächsten Jahren kam im Frühjahr und Herbst jedes Jahres ein schmerzhafter Anfall; die Schmerzen strahlten von der Lebergegend nach dem Rücken bis zwischen die Schultern und nach der Gegend der rechten Hüfte hin aus. Jeder Anfall dauerte 8 Tage, die Patientin bekam Morphiumeinspri-

tzungen, bisweilen auch Chloralhydrat; auch bei diesen Anfällen wurde sie nie icterisch. In den schmerzfreien Zeiten war der Appetit rege, Patientin fühlte sich wohl, sie nahm an Körpergewicht andauernd zu. Im Juli 1888 gebrauchte Patientin eine 4 wöchentliche Cur in Karlsbad. Am 27. October 1888 wurde sie wieder von heftigen Schmerzen in der Lebergegend befallen, die Schmerzen dauerten ungefähr 8 Tage, am 5. November wurde sie icterisch, der Icterus blieb trotz innerer Behandlung andauernd bestehen. Der Harn war dunkel, die faeces thonfarben, Patientin musste andauernd das Bett hüten, sie wurde immer elender und magerte sehr stark ab.

Am 8. December 1888 wird deshalb in einem hiesigen Krankenhause am Aussenrande des rechten Rectus abdominis ein circa 15 cm langer Einschnitt durch die Bauchdecke gemacht, um eine Gallenfistel anzulegen. Die Gallenblase konnte nicht gefunden werden. Die Bauchwunde wurde wieder geschlossen; der Verlauf war fieberlos. Am 30. December verliess Patientin das Krankenhaus; während ihres Aufenthaltes im Krankenhause hat sie mehrere Schmerzanfälle in der Lebergegend gehabt.

Die Gelbsucht liess jetzt etwas nach; der Appetit und das Allgemeinbefinden war nicht erheblich gebessert. Patientin hat bis Mai 1889 das Bett hüten müssen; sie hatte jede Woche ihren Anfall, der immer mehrere Tage dauerte; Die Gelbsucht wurde zeitweise geringer, schwand aber nie ganz. Der Stuhl war vorübergehend dunkel gefärbt. Der Allgemeinzustand besserte sich im Sommer 1889 etwas, als sie nach einer kleinen Stadt zog, aber sie blieb stets icterisch; zeitweise waren die faeces etwas dunkler, aber nie so dunkel wie normal. Patientin war 1 Mal 5 Wochen lang von Anfällen befreit; gewöhnlich hatte sie aber jede Woche ein paar Tage lang ihre Anfälle. Morphiumeinspritzung wurde regelmässig bei jedem Anfall gemacht. Die Dosis der Einspritzungen musste allmälig immer mehr

erhöht werden. Im Sommer 1890 gebrauchte sie eine 4wöchentliche Cur in Karlsbad ohne Erfolg.

Ostern 1891 zog sie wieder nach Berlin; hier magerte die Patientin immer mehr ab, die Anfälle wurden immer heftiger, schliesslich wirkte Morphium nicht mehr, sie musste bei den Anfällen durch Cloroform betäubt werden. In diesem Zusande bat Patientin dringend, noch einmal den Versuch zu machen, ihr durch Anlegung einer Gallenfistel Hilfe zu verschaffen. Auf ihr dringendes Bitten nahm Herr Dr. Levy die Patientin am 21. Juni 1892 in seine Privatklinik auf.

Am 22. Juni vormittags 11 Uhr machte Herr Dr. Levy die Operation. Längsschnitt von der Spitze des Process. xiphoideus bis zum Nabel und an der linken Seite des Nabels noch 2 cm weit nach abwärts. (Länge des Schnittes 15 cm). Von der Mitte dieses Schnittes wird nach rechts hin wagerecht ein 10 cm langer Schnitt geführt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird die Leber nach oben, Pylorus und Pars horizontalis duodeni superior nach unten gezogen. In der Gegend des Ligamentum hepatoduodenale und hepatocolicum derbe Schwielen. Die Gallenblase war nicht zu finden; Steine, welche als Wegweiser für die Gallengänge dienen konnten, waren in der Tiefe nicht durchzufühlen.

Die Situation war eine missliche. Wenn die Bauchhöhle nicht unverrichteter Sache geschlossen werden sollte, so blieb nichts anderes übrig, als das Narbengewebe in der Gegend der porta hepatis auseinanderzubreiten und den Versuch zu machen, die Reste der Gallenblase oder die Gallengänge aus den Adhäsionen herauszupräpariren. Das Unterehmen erschien wenig erfolgreich, weil jeder Anhalt fehlte, um die Gallengänge zu finden.

Mit zwei Pincetten wurden die Bindegewebsmassen in der Gegend, wo der Ductus cysticus und hepaticus verlaufen, auseinandergebreitet, bis nach mühevollem Suchen

ein bläulicher Strang zum Vorschein kam, der vom hinteren Abschnitt des Duodenum gegen die Leberpforte hin verlief. Er wurde mit einem einzinkigen scharfen Haken angezogen; unterhalb dieses Hakens wurde ein schmales Messer vorsichtig eingestochen. Zwei scharfe Haken, dicht neben die Schneide des Messers in die Wunde eingesetzt, zogen die Wundränder auseinander; es entleerten sich aus der kleinen Oeffnung geringe Mengen leicht gelblich gefärbten Schleimes. Die Wunde wurde jetzt so weit erweitert, dass der Zeigefinger bequem eingeführt werden konnte. Die Schleimmenge, welche aus der Wunde herausfloss, war nicht sehr erheblich. Man kam mit dem Finger in einen Gang, dessen Lumen etwa der Dicke eines Daumens entsprach. Zwischen seinen Wandungen waren dünne Septa ausgespannt, welche etwa durch die Hälfte des Lumens sich erstreckten und regelmässige Abstände von einander zu haben schienen. Die Septa wurden bei der Untersuchung mit dem Finger durchstossen; der Gang erstreckte sich leicht bogenförmig von vorn oben nach hinten unten; sein Ende konnte mit der Fingerspitze nicht erreicht werden. Die Sonde drang 1—2 cm tiefer ein. Communication mit dem Darm war nicht aufzufinden. Steine waren weder in dem Gange noch in der Tiefe mit der Sonde zu fühlen. Die Ränder des Ganges wurden nun durch einige Nähte mit dem horizontalen Schenkel der Bauchdeckenwunde vereinigt, und zwar an der Grenze seines lateralen und mittleren Drittels. Schluss der Bauchwunde durch einige tiefgreifende Nähte. Dauer der Operation 2 Stunden.

Der Verlauf war ein fieberloser, abgesehen von mässigen Schmerzen in den Stichcanälen hatte Patientin keine Beschwerden. Galle wurde aus der Fistel nicht entleert. Am 12. Tage werden die Nähte entfert, Heilung per prim. int. Die Wunde wird mit Tupfern und Watte bedeckt.

14 Tage nach der Operation werden aus der Fistel plötz-

lich grosse Mengen Galle entleert, und die Galle wird nun in grosser Menge abgesondert, dass Verband täglich erneuert werden musste.

Als die Patientin am 16. Juli zum ersten Male das Bett verliess, hörte der Ausfluss der Galle plötzlich auf und stellte sich auch nicht wieder ein, als Patientin in das Bett kam. Es wurde eine Hohlsonde in die Fistel eingeführt, und nun circa 100 grm. Galle entleert, und die Schmerzen waren dadurch sofort beseitigt. Seitdem bleibt die Fistel trocken. Nach 2 Tagen beginnt wieder ein Anfall von Gallenkolik; durch die Hohlsonde werden aus der Fistel 100 gr. Galle entleert und die Schmerzen dadurch sofort beseitigt.

Seitdem wurde die Sonde regelmässig alle 2 Tage eingeführt; die Fistel blieb in der Zwischenzeit stets trocken und nur mit Hilfe der Hohlsonde entleerte sich Galle. Die Körperkräfte hoben sich allmälig, der Appetit war gut. Der Koth blieb im Krankenkause noch lehmfarben, aber der Harn wurde heller. Bei der Entlassung aus dem Krankenhause enthielt er nur noch geringe Mengen Gallenfarbstoff, und die Haut war nur noch leicht icterisch gefärbt. Die Kranke wog bei ihrer Entlassung aus dem Krankenhause 78 Pfund.

Am 25. Februar stellt Patientin sich wieder vor. Sie giebt an, dass die gelbe Hautfarbe schon seit Monaten vollständig geschwunden sei. Ihr Appetit sei stets ein guter; die Fäces seien bei ihrer Entlassung aus dem Krankenhause noch hell gewesen, nach einigen Wochen seien sie einige Tage dunkel gewesen, dann seien sie wieder heller geworden. Seit einem Monat sei der Koth wieder ebenso dunkel wie in gesunden Tagen. Mehrere Monate nach ihrer Entlassung habe sie häufiger kolikartige Schmerzen, in der Gegend der Gallenblase gehabt. Sie glaubt dass sie selbst daran Schuld sei. Sie habe den Rath, der ihr bei der Entlassung aus dem Krankenhause

gegeben worden sei, die Gallenfistel durch regelmässiges Einführen von Bougies offen zu halten, nicht befolgt. Infolge dessen sei die Fistel so eng geworden, dass sie die Canüle, mit welcher sie die Galle abliess, nicht mehr habe einführen können. Sie sei daher längere Zeit nicht in der Lage gewesen, die Galle regelmässig abzulassen. Auch habe sie es Anfangs noch nicht verstanden, diejenigen Speisen zu vermeiden, durch welche die Absonderung der Galle sehr gesteigert wird. Jetzt vermeide sie möglichst solche Speisen und Getränke, nach denen gleich die Galle sehr stark abgesondert wird.

Juli 5. Patientin stellt sich wieder vor. Sie ist seit der letzten Untersuchung nicht mehr icterisch geworden und hat keine Schmerzen mehr gehabt. Sie entleert täglich aus der Fistel die Galle; die Entleerung macht ihr keine Mühe.

Ihr Körpergewicht nimmt andauernd zu.

Wodurch ist der Verschluss der Gallenwege bei unserer Kranken verursacht worden.

Man könnte denken:

1) an eine Neubildung.
2) An Fremdkörper. Gewöhnlich bilden Gallensteine das Hinderniss, in selteneren Fällen Spulwürmer, welche vom Darm in die Gallengänge hineinkriechen, oder Hydatidenblasen.
3) An entzündliche Processe im Gebiete des ductus choledochus, in Folge deren Schwarten die Gallengänge umschnüren und den Abfluss der Galle hindern.
4) An Narben, die nach Geschwüren zurückbleiben in der pars decendens duodeni, und zwar im Bereich des diverticulum Vateri, und welche die Einmündungsstelle des Ductus choledochus in den Darm hochgradig verengern oder vollständig verschliessen.

Dass bei Frau Sch. der Verschluss der Gallenwege durch eine maligne Neubildung hervorgerufen worden sei, ist nicht wahrscheinlich. Ihr Leberleiden machte im Jahre 1878, also vor fast 15 Jahren, die ersten Erscheinungen; Patientin ist vor 4 Jahren icterisch geworden. Wenn der Icterus damals durch eine maligne Neubildung verursacht worden wäre, so wäre die Kranke während dieser Zeit wahrscheinlich schon ihrem Leiden erlegen; jedenfalls würde sie sich nicht in so überraschender Weise erholt haben, wie es nach der letzten Operation der Fall gewesen ist. Wir wissen, dass nach Bauchschnitten bösartige Neubildungen, die vor der Operation nur langsam wucherten, recht schnell anfangen, sich zu vergrössern. Ueberdies ist bei unserer Kranken auch bei sorgfältigster Untersuchung, nach Eröffnung der Bauchhöhle, von einem Neoplasma nichts zu entdecken gewesen.

So bleibt uns nur die Entscheidung zwischen Steinbildung, peritonetischen Schwielen, und narbiger Verengerung der Gallengänge nach Ulceration.

Entzündliche Processe im Bereich der Leberpforte können durch mannigfaltige Ursachen hervorgerufen werden; auch Geschwüre im Dnodenum können verschiedene Ursachen haben; die gewöhnlichste Veranlassung sowohl für circumscripte Peritonitis in der Gegend der Leberpforte wie für Geschwüre im Dünndarm, und zwar gerade an derjenigen Stelle des Duodenum, wo Ductus choledochus und pancreaticus einmünden, bilden aber die Reizungserscheinungen, welche Gallensteine bei ihrem Durchgang verursachen. Nun sind bei unserer Kranken zwar nie Gallensteine nachgewiesen worden; sie hat ihren Stuhlgang wiederholt darauf hin untersucht, und nie hat sie Concremente darin gefunden. Auch bei der Operation sind Concremente nicht entdeckt worden.

Dass die Patientin im Koth keine Steine fand, daraus lässt sich diagnostisch nichts schliessen. Die Concremente

können manchmal sehr klein sein und dann entziehen sie sich gewiss leicht dem Nachweise. Dass bei der Operation keine Gallensteine entdeckt worden, beweist ebenfalls nicht dass sie nicht vorhanden waren. Denn das Durchtasten der Umgebung des foramen Winslowii wurde nach der Eröffnung der Bauchhöhle sehr erschwert durch Schwartenbildung, die auch für die Operation ein so lästiges Hinderniss bildeten.

Ich hatte ja schon früher darauf hingewiesen, dass in Folge von Choledochusverschluss es zu so gewaltigen Veränderungen an den Gallengängen kommen kann, dass man mit der Sonde sich auch nach Eröffnung der Gallenwege schlecht orientiren kann. Daher lege ich schliesslich auch keinen sehr grossen Werth darauf, dass die Sonde, welche in die geöffneten Gallengänge eingeführt wurde, nicht auf Concremente stiess.

Wenn wir aber die Symptome der ganzen Krankheit überblicken, so ist es doch im hohen Grade wahrscheinlich, dass der schwere Icterus unserer Kranken durch Cholelithiasis hervorgerufen wurde. Dafür sprechen die Schmerzen in der Lebergegend, an denen die Kranke seit 15 Jahren litt, und die wohl nur als Anfälle von Gallensteinkolik aufgefasst werden können; dafür spricht die Art, in welcher der Icterus sich entwickelte. Die Kranke bekam vor 4 Jahren zuerst ihren Kolikanfall, und erst 5 Tage nach dem Beginn der Schmerzen hat sich der Icterus entwickelt. Auch die Veränderungen, die wir an der Leberpforte fanden, lassen sich am ungezwungensten als solche Veränderungen deuten, welche durch Gallensteine hervorgerufen sind. Die Wandungen der Gallenblase und der Gallengänge erleiden durch die Concremente mancherlei Veränderungen, vom einfachen Catarrh bis zu tiefgreifenden Veränderungen ihrer Gewebe. Es kann zu chronisch entzündlichen Verdickungen oder zu phlegmonösen Schwellungen kommen. Es können Geschwüre von grösserem oder kleinerem Umfang sich

entwickeln, die sich langsam oder schneller vergrössern. Dieselben reichen in einzelnen Fällen nur durch einen Theil der Mucosa, in anderen gehen sie bis an die Serosa und führen schliesslich zu Perforation der Wandungen und Erguss von Galle mit oder ohne Eiter in die Bauchhöhle; oder zu adhäsiver Peritonitis, zu Verlöthungen mit benachbarten Organen, mit Colon, mit Duodenum, mit dem Magen. Bisweilen tritt beides ein, Verlöthung der Gallenblase oder der Gallengänge mit der Umgebung und Perforation. Dann finden wir in der Gegend der Leberpforte abgekapselte peritonitische Exsudate. Nach lange bestehender Cholelithiasis schrumpft die Gallenblase in einer grossen Anzahl von Fällen oft bis auf einen ganz winzigen Rest, der dann in den Schwarten der Leberpforte nur mit Mühe nachgewiesen werden kann.

Um eine solche Schrumpfung der Gallenblase scheint es sich auch bei Frau Sch. zu handeln. Zwar kommt es vor, dass Mangel der Gallenblase angeboren ist, indess diese Fälle sind überaus selten, und die Diagnose auf Agenesie kann nur dann gestellt werden, wenn in der Umgebung der Gallenwege nicht solche Veränderungen vorzufinden sind, welche erfahrungsmässig zur Schrumpfung führen.

Es konnte bei unserer Kranken nicht zweifelhaft sein, welche Therapie in unserem Falle einzuschlagen war. Schon vor 4 Jahren, als die Patientin zum ersten Mal icterisch wurde, hatte man vergeblich versucht, durch interne Mittel die Gelbsucht zu beseitigen; man hatte nach der ersten erfolglosen Operation diese Bemühungen fortgesetzt; aber ohne Erfolg. Aller Berechnung nach ging die Kranke ohne Operation ihrem sicheren Untergange entgegen.

Die Methode, welche Herr Dr. Levy bei seiner Operation durchführen musste, war durch die Verhältnisse bestimmt. Da einer unserer erfahrensten Chirurgen auf dem Gebiete der Gallenkrankheiten bei seinem Eingriffe,

die Gallenblase nicht entdeckt hatte, musste man von Anfang an darauf gefasst sein, dass schon das Auffinden der Gallengänge Schwierigkeiten bieten würde. Es war also ein langer Bauchschnitt erforderlich. Bei dem ersten Eingriff war der Einschnitt am lateralen Rande des rechten Rectus abdominis gemacht worden. Herr Dr. Levy versuchte zunächst sich von einem Schnitte in der Linea alba aus zu orientiren, er machte diesen Schnitt ziemlich gross; von dem Processus xiphoideus bis über die Nabellinie. Als er sah, dass dieser Schnitt nicht Platz genug schaffte, fügte er zu diesem Längsschnitt noch einen horizontalen Schnitt nach rechts hin und zwar machte er diesen Horizontalschnitt oberhalb des Nabels, etwas oberhalb des vorderen Leberrandes. Das Ligamentum teres wurde durchschnitten. Die Leber wurde nach oben, Pylorus und Duodenum wurden nach unten gezogen. Concremente oder ein anderes Hinderniss für den Gallenabfluss war nicht durchzufühlen. Jetzt sollte wenigstens die momentane Gefahr dadurch gehoben werden, dass der Galle nach aussen Abfluss verschafft wurde; aber auch das bot seine Schwierigkeiten. Eine Gallenblase war nicht zu erkennen, auch auf die Gallenwege führte keine sichere Spur, wie etwa ein Concrement das man in der Tiefe gefühlt hätte. So blieb nur der eine Weg, der wenig aussichtsvoll war, den Versuch zu machen, gestützt auf die Kenntnisse von der Anatomie des Porta hepatis, einen der Gallengänge aus dem Schwielengewebe herauszupräpariren.

Bekanntlich ziehen von der Querfurche der Leber nach der Umgegend, zwei deutliche Falten des Peritoneums; nach rechts und hinten das Ligamentum hepato renale und hepatocolicum, mehr nach links und vorn die ligamenta hepatogastricum und hepatoduodenale. Unter diesem letzteren Gebilde liegen die grossen Gallenwege, die Vena portarum und die arteria hepatica; am weitesten nach rechts der Ductus cysticus, hepaticus und choledochus.

Zwischen beiden Ligamenten liegt der Eingang in den Saccus epiploicus: das Winslowische Loch.

Die Leber wurde nach oben, Pylorus und Duodenum nach unten gezogen; ein deutliches Hervortreten der Falten konnte dadurch nicht erzeugt werden. Die ganze Gegend war von dem derben Schwielengewebe eingenommen, welches auch das Foramen Winslowii verklebte. Ich habe in der Krankengeschichte bereits geschrieben, in welcher Weise der Gallengang mühselig herauspräparirt wurde.

Welcher Abschnitt der Gallengänge zur Fistelbildung benutzt wurde, das will ich nicht mit Bestimmtheit entscheiden. Die dünnen Septa, welche in regelmässigen Abständen zwischen den Wandungen des Hohlraums ausgespannt waren, und ungefähr die Hälfte seines Lumens einnahmen, waren vielleicht die übermässig gedehnten Wandungen der valvula Heisteri. Demnach wäre also eine Fistel des ductus cysticus angelegt worden; denn nur der Ductus cysticus hat eine Klappe, nicht aber der d. hepaticus und der d. choledochus. Indess, ich will über die Bedeutung dieser Septa kein bestimmtes Urtheil abgeben; auch die Gallenblase kann in Folge von Narbenschrumpfungen in eine ganze Anzahl von Hohlräumen zerlegt werden, welche nebeneinander liegen und durch dünne Septa getrennt sind. Ueberdies wie sehr man sich darüber täuschen kann, welchen Abschnitt der Ausführungsgänge für die Galle man eröffnet hat, zeigen die lehrreichen Fälle von Helferich[18]) und Ahlfeld[19]). Ersterer eröffnete eine kindskopfgrosse Cyste, Letzterer einen Tumor, der von der Leber bis zur Spina ilei ant. sup. reichte. In beiden Fällen lehrte die Section, dass eine Cyste des Ductus choledochus eröffnet war.

Nach Eröffnung des Ganges hat Herr Dr. Levy die Fistel in die äussere Haut eingenäht. Von der Anlegung einer Gallendünndarmfistel musste er aus verschiedenen Gründen Abstand nehmen. Die Kranke war schon vor der

Operation so heruntergekommen, dass man es ohne dringende Veranlassung nicht verantworten konnte, die Operation, welche schon fast 2 Stunden gedauert hatte, noch unnöthig zu verlängern.

Aber selbst wenn die Kranke kräftig genug gewesen wäre, und wenn der Gallengang schneller aufgefunden worden wäre, hätte man doch nur eine Fistel anlegen können. Der geöffnete Gang enthielt nur leicht icterisch gefärbten Schleim, das Hinderniss für den Abfluss konnte nicht gefunden werden. Hätte man nun eine Fistel nach von Winniwarter angelegt, so hätte man sich die Möglichkeit genommen, eventuell später von der Fistel aus Gallensteine extrahiren zu können. Als aber später aus der Fistel die Galle secernirt wurde, da lag kein Grund mehr vor diese Fistel operativ zu schliessen. Die Kranke hat durch die Fistel jetzt gar keine Beschwerden. Die Fistel nässt gewöhnlich nicht, sie hat starke Neigung sich zu verengern und die Kranke erweitert dieselbe sorgfältig durch Bougies; sie weiss nach welchen Nahrungsmitteln die Galle stark abgesondert wird. Und wenn die übermässige Ansammlung der Galle ihr Beschwerden macht, so lässt sie die Galle aus der Fistel wie aus einem Sicherheitsventil heraus.

Als zufällige aber recht erfreuliche Folge der Operation haben wir es aufzufassen, dass nach dem Eingriffe, wenn auch nicht durch denselben, die Passage für den Abfluss der Galle nach dem Darm freigeworden ist. Entweder ist noch nachträglich ein Concrement in den Darm abgegangen und dadurch die Passage für die Galle frei geworden, oder aber durch die Anlegung einer Gallenfistel ist die Spannung in der Umgebung der Gallengänge so günstig verändert worden, dass dadurch ein Hinderniss beseitigt, eine Abknickung des Ductus hepaticus oder des Choledochus aufgehoben oder eine peritonitische Schwarte weniger gespannt worden ist.

Das Resultat ist derartig, dass es befriedigender nicht

gedacht werden kann. Die Kranke kann nunmehr auf die Morphiumeinspritzungen verzichten. Die Kräfte haben sich gehoben, das Körpergewicht hat in erfreulicher Weise zugenommen. Die icterische Hautfärbung ist geschwunden und Urin und Faeces haben jetzt dasselbe Aussehen wie bei Gesunden.

Herrn Dr. Levy sage ich meinen besten Dank für die liebenswürdige Bereitwilligkeit, mit welcher er mir die Krankengeschichte überliess, für die Anregung zu dieser Arbeit sowie für das stetige derselben gewidmete gütige Interesse.

Litteratur.

1. Witzel, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1884. Band 21.
2. Roth, Theopron, Langenbeck's Archiv. 1885. Band 32.
3. Petit, S. L., Remarques sur les tumeurs formées par la bile retenue dans la vesicule du fiel et qu'on a souvent prises pour des abscès du foie. Mem. de l'Acad. royale de chir. T. I 1743.
4. Bloch, Medicinische Bemerkungen. Berlin 1774.
5. Herlin, Expérience sur l'ouverture de la vésicule du fiel et sur son exstirpation dans le chien et le chat. Journ. de Roux T. XXVII 1767.
6. Campaignac, Journal hebd. T. II 1829 (nach Auregan).
7. Carré, Considération s. le traitement de la tum. bil. Paris 1833.
8. Thudichum. 1) On the pathology and treatment of gall stones 1859. Med. soc. of London. 2) A treatise on gallstones. London 1863.
9. Bobbs, Transaction of the Indiana state medical society 1868, p. 68—73.
10. Blodget, Homoeopathic medical Times. New York July 1879.
11. Czerny, Deutsche medizinische Wochenschrift 1892 No. 23.
12. Riedel. 1) Erfahrungen über die Gallenkrankheit mit und ohne Icterus. Berlin 1892. 2) Berliner klinische Wochenschrift 1888 No. 29 p. 577, No. 29 p. 578, No. 30 p. 603.
13. Bardenheuer, Mittheilungen aus dem Kölner Bürgerhospital 1887 p. 141—143, p. 129—157, p. 144.
14. Langenbuch, Berlin. klinische Wochenschrift 1882 No. 48 p. 728—727. 1884 No. 51 p. 809. 1884 No. 52 p. 826. 1886 No. 41 p. 693. 1886 No. 42 p. 720.
15. Lawson Tait, Brit. med. Journal 1884. May 3 p. 853. Br. med. Jour. 1886. Nov. 13 p. 906—907. Tab. I. Lancett 1888. April 14 p. 715—717. Tab. II. Edinbourgh med. Journal 1889. Oct. p. 305—317.
16. Hansemann, Med. klin. Wochenschr 1890. No. 16. April 21. P. 353—356.
17. Winiwarter, Prager med. W. S. 1882 May 24 No. 21 pag. 202—207. May 31 No. 22 pag. 213—217.
18. Helferich (Seyffert), Zur Pathologie der Gallengänge. Diss. Greifswald 1888.
19. Ahlfeld, (Konitzky) Fall hochgradiger cyst. Erweiterung d. Choledrochus. Dissert. Marburg 1888.

Thesen.

1) Bei Cholelithiasis ist die Exstirpation der Gallenblase möglichst zu vermeiden.

2) Die sacrale Methode ist nicht für alle Fälle von Exstirpatio uteri zu empfehlen.

3) Die einzig empfehlenswerthe Methode der Empyembehandlung ist die breite Incision.

Lebenslauf.

Verfasser Alfred S. A. Sander wurde am 21. März 1861 in Magdeburg geboren und verbrachte seine Jugend abwechselnd in Magdeburg und San Francisco.

Er studirte zuerst in Oakland High shool Chemie, dann in der California Medical College in San Francisco Medicin und wurde daselbst am 24. November 1891 als Physician and Surgeon graduirt.

Zur weiteren Ausbildung besuchte er erst in Chicago medicinische Vorlesungen und Hospitäler darauf ging er nach Berlin wo er am 20. April 1892 bei der hiesigen Universität imatriculirt wurde. Er besuchte daselbst die Kliniken und Vorlesungen folgender Herren: Olshausen, A. Fränkel, Winter, Krönig, Nitze, Mittenmeyer, Heymann, Krukenberg, von Norden und war im letzten halben Jahre Volontairassistent in der chirurgischen Privatklinik des Herrn Dr. Levy.